Einige atypische Fälle von

Tabes dorsalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Adolf Block, cand. med.

aus Hildesheim.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

1898.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0134

Einige atypische Fälle von

Tabes dorsalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Adolf Block, cand. med.

aus Hildesheim.

ACAD. LEG. BAT. BIBL.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

1898.

Referent:

Geheimrat Professor Dr. **v. Ziemssen.**

Nachdem man unter dem Namen „Tabes dorsalis“ gegen Ende des letzten und am Anfang dieses Jahrhunderts eine grosse Anzahl chronischer Affektionen des Rückenmarkes und wohl auch anderer Abschnitte des Nervensystems zusammengefasst hatte, und nach und nach der Versuch gemacht war, die verschiedenen Fälle zu classificieren, zählte Romberg im Jahre 1851 unter dem gleichen Namen in einer classischen Beschreibung alle Hauptsymptome der Krankheit auf, die wir heute als Tabes dorsalis bezeichnen, und erkannte bereits den Unterschied zwischen der dieser Krankheit eigenen Form der Bewegungsstörung und der eigentlichen Paralyse. Einige Jahre später, im Jahre 1858, entwarf unter dem neuen Namen „Ataxie locomotrice progressive“ Duchenne de Boulogne in meisterhaften Zügen das gleiche Krankheitsbild in einer bis dahin unerreicht erschöpfenden und genauen Darstellung. Er war es auch, der durch den Nachweis des Erhaltenseins der rohen Kraft mittels des Dynamometers den Begriff der Ataxie genauer feststellte. Seine Arbeit gab dann den Anstoss zu so zahlreichen Abhandlungen über die neue Krankheit, dass die Litteratur über dieselbe im Verlauf weniger Jahrzehnte einen kaum zu bewältigenden Umfang angenommen hat. Die notwendige Folge dieser so zahl-

reichen Veröffentlichungen über klinische Beobachtungen von Tabesfällen ist es nun gewesen, dass das Symptomenbild derselben ein immer schärferes und vollständigeres wurde, und dass das Wesentliche von dem Unwesentlichen, das Regelmässige und Typische von dem Unregelmässigen und Atypischen unterschieden werden konnte.

Auffallend viele Fälle von Tabes dorsalis zeigen eine bis ins kleinste gehende Uebereinstimmung, und es giebt wohl kaum eine andere Rückenmarkskrankheit, deren Diagnose in den meisten Fällen mit so grosser Sicherheit und Leichtigkeit gestellt werden könnte, wie die der Tabes. Ausser diesen typischen Fällen giebt es nun aber noch zahlreiche vom allgemeinen Krankheitsbild abweichende Formen. Je nachdem das eine oder das andere Symptom mehr überwiegt, oder früher oder später eintritt, je nach dem langsameren oder rascheren Fortschreiten der Symptome von den unteren auf die oberen Extremitäten, je nach den sich einstellenden selteneren Symptomen wird sich natürlich das Krankheitsbild in vielen einzelnen Fällen etwas verschieden gestalten; immer aber wird man das typische Bild der Krankheit doch in seinen wesentlichen Zügen wieder erkennen *).

Tabesfälle aber, welche erhebliche Abweichungen von diesem Typus zeigen, bedeuten immer schon eine ungewöhnliche Erscheinungsweise und bilden entschieden die Minderzahl gegenüber den regelmässigen typischen Formen. Diese Varietäten oder atypischen Fälle von Tabes dorsalis sind nun entweder dadurch

*) Cf. v. Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Bd. 11 II Seite 191—195.

charakterisiert, dass einzelne Symptome, die teils auch bei der regelmässigen Form zu finden sind, teils als vollständig neue hinzutreten, eine besonders hervorragende Bedeutung gewinnen, oder aber durch die Erscheinungen anderer Erkrankungen des nervösen Apparates, die sich den Symptomen der Tabes zugesellen.

Erb äussert sich l. c. über diese Fälle folgendermassen (11 II Seite 195 und 196): „Neben den wohl charakterisierten Typen der Krankheit giebt es in praxi zahlreiche Fälle, welche von dem Typus mehr oder weniger abweichen, ohne deshalb doch aus der Gesamtgruppe der Tabes ausgeschieden werden zu müssen. Wir haben bereits früher (Seite 68) ausschliesslich darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Formen der chronischen Myelitis, zu welcher wir ja auch die Tabes rechnen, durchaus nicht immer streng abgegrenzt sind, sondern gar nicht selten über einen bestimmten Bereich auf dem Rückenmarksquerschnitt und sogar über das Rückenmark selbst hinausgreifen und so combinierte und complicierte Symptomenbilder schaffen, deren richtige Deutung nur durch eine genaue Kenntnis der typischen Formen möglich ist. Diese Bemerkungen gelten in vollem Masse auch für die Tabes; auch bei dieser giebt es zahlreiche complicierte Uebergangsformen, welche aber nicht Regelmässigkeit genug besitzen, um zur Aufstellung wohl charakterisierter Formen der Krankheit zu berechtigen. Eine umsichtige und sachverständige Beurteilung wird sehr häufig den typischen Kern in dem abnormen Symptomenbilde heraus zu erkennen wissen und wird die Bedeutung und pathogenetische Begründung der einzelnen ungewöhnlichen und complicierenden Symptome richtig

erfassen. Manchmal wird man aber eben einfach keine scharfe Diagnose irgend eines landläufigen Krankheitsbildes stellen können, sondern sich mit der Annahme einer in mehr oder weniger unregelmässiger Weise localisierten und verbreiteten chronischen Myelitis begnügen müsse.

In einer bestimmten Anzahl von Fällen treten sehr frühzeitig die Erscheinungen motorischer Schwäche und Parese in den Vordergrund, während die Ataxie weniger ausgesprochen ist, die übrigen Symptome aber die gewöhnlichen sind. Es kann so zu Symptomenbildern kommen, die an Paraplegie erinnern, es kann sich Abmagerung und Atrophie der Beine hinzugesellen.

In anderen Fällen beobachtet man ein sehr auffallendes Hervortreten der lancinierenden Schmerzen in dem Krankheitsbild; sie sind lange Zeit die einzige, späterhin jedenfalls die quälendste Erscheinung und treten während des ganzen Krankheitsverlaufes in bald selteneren bald häufigeren Paroxismen auf, die durch ihre Heftigkeit und Dauer zu einer entsetzlichen Plage für die Kranken werden können.

Wieder in anderen Fällen treten Erscheinungen von Rückenschmerz, Spinalempfindlichkeit, circumscripter oder diffuser Hauthyperaesthesie u. dergl. in hervorragender Weise auf und man wird in solchen Fällen mit Recht wohl an eine meningitische Complication der Tabes denken können.

Endlich kommen nicht selten Complicationen der Tabes mit psychischen Störungen vor, wie wir das früher schon erwähnt haben. Auch hier können die mannigfachsten Combinationen eintreten. Man wird

daraus nicht besondere Formen der Tabes machen dürfen, sondern hat einfach anzunehmen, dass das Auftreten der psychischen Störung nichts anderes als eine Störung im Gehirn bedeutet, welche sich zu der Rückenmarkskrankheit hinzugesellt."

Im Anschluss an einen atypischen Fall von Tabes dorsalis, der im W.-S. 1897/98 auf der I. medicinischen Abteilung des Krankenhauses l. d. I. zu München zur Beobachtung kam, wurde mir nun die Aufgabe gestellt, das in den letzten Jahren gesammelte, überaus reichhaltige Material über Tabes dorsalis auf derartige atypische Fälle hin durchzusehen. Eine ganze Anzahl atypischer Formen der verschiedensten Art fanden sich auch hier. Die Krankengeschichten einiger der charakteristischsten Fälle lasse ich folgen:

Fall I. M. H., 42 Jahre alt, städtischer Hilfsarbeiter in München.

Anamnese. Der Vater des Patienten starb infolge eines Herzleidens, die Mutter an Lungenschwindsucht, ein Bruder an Diphtherie. Nervenleiden sollen in der Familie des Patienten bisher nicht vorgekommen sein. An früheren Krankheiten machte er vor mehreren Jahren Bleikolik und Lungenentzündung durch. 1892 stand er wegen Erkrankung des rechten Auges längere Zeit in Behandlung der kgl. Universitätsaugenklinik zu München und seit dieser Zeit soll die Pupille des erkrankten Auges, dessen Sehschärfe nicht gelitten hat, medianwärts verzogen sein. Vor 5 Jahren lag der Patient wegen der gleichen Krankheitserscheinungen, deretwegen er Anfang December 1897 sich im Krankenhause aufnehmen liess, 7 Wochen hindurch im Spital, wurde damals als geheilt entlassen und war bis vor

4 Wochen wieder vollkommen arbeitsfähig, konnte sich sogar den schwersten körperlichen Anstrengungen auf Bauplätzen unterziehen. Um diese Zeit will er beim Heben eines schweren Kessels in gebückter Stellung plötzlich die heftigsten Schmerzen im Kreuz bekommen haben. Er musste sofort die Arbeit niederlegen und konnte nur mit Mühe seine Wohnung erreichen. Schon nach 2 Tagen hatte eine sogleich sich bemerkbar machende Schwäche in den Beinen einen derartigen Grad erreicht, dass der Patient nicht mehr im Stande war zu gehen. Er lag nun erst 5 Wochen im Hause und liess sich dann auf ärztlichen Rat in das Krankenhaus aufnehmen. Seit Beginn seiner Erkrankung will er fast jeden Morgen das Gefühl haben, als ob seine Brust durch einen Gürtel zusammengeschnürt werde, auch klagt er über blitzartig durch die Beine ziehende, anfallsweise auftretende heftige Schmerzen. Seit längerer Zeit hat er das Gefühl von Pelzigsein und Ameisenlaufen an der Haut beider grosser Zehen. Vor 5 Jahren und im März dieses Jahres will er ohne nachweisbare Ursache heftiges Erbrechen mit Durchfall und Magenschmerzen gehabt haben. Der Patient ist verheirathet und Vater von 2 lebenden Kindern. Ein drittes Kind starb 8 Monate alt im letzten Jahre. Die Potenz soll in letzter Zeit keine Abnahme erfahren haben. Luetische Infection wird auf das bestimmteste negiert. Der Appetit ist gut, der Stuhl in Ordnung.

Objectiver Befund am 4. XII. 97. Graciler Körperbau; die Muskulatur ist an den oberen Extremitäten kräftig, am Rumpf und den unteren Extremitäten dagegen schwächlich. Die vordere Kante der Tibia

springt beiderseits scharf vor. Das Fettpolster ist gering, die Haut blass, die Schleimhäute anaemisch. Die Lungen ohne Befund, die Grenzen verschieblich. Der Puls (56) ist klein, mittelschwach, regelmässig. Der Spitzenstoss findet sich im 5. Intercostalraum in der Mamillarlinie. Die Herzdämpfung überragt nach rechts den rechten Sternalrand einen Finger breit, nach oben reicht sie bis zum unteren Rand der dritten Rippe. Der erste Ton an der Spitze ist gespalten und von eigentümlich klapperndem Charakter, der erste Aortenton ist unrein, die zweiten Töne sind wenig accentuiert.

Die Zunge ist feucht, gut gerötet, ohne Belag, der Gaumen steil, die Tonsillen leicht gerötet und geschwellt. Das Abdomen ist etwas gespannt, nirgends druckempfindlich, der Darm lufthaltig, die Leber nicht vergrössert.

Der Urin hat schleimigen Bodensatz, er reagiert ganz schwach sauer und enthält kein Eiweiss, keinen Zucker und keine Formbestandteile.

Nervensystem.

1. Motilitätsstörungen. Die ganze Muskulatur der unteren Extremitäten ist fast völlig paretisch; die Beine können kaum von der Bettunterlage erhoben werden. Verhältnismässig gut erhalten sind die Strecker und Beuger der Zehen. Die Kraft in den unteren Extremitäten ist gleich Null, die aktive Motilität und die Kraft der übrigen Muskulatur dagegen völlig intakt. Der Muskeltonus ist in den nicht paretischen Gebieten gehörig, in den letzteren dagegen nahezu völlig aufgehoben. In den Gelenken sind keine Wiederstände. Von motorischen Reiserscheinungen findet sich nur ein leichter, mittelschlägiger Tremor in den Händen,

fibrilläre Zuckungen, Contracturen, Krämpfe und athetotische Bewegungen fehlen.

2. Sensibilität. Leise Berührungen werden auf der ganzen Körperoberfläche deutlich wahrgenommen, genau lokalisiert und prompt signalisiert. Spitz und stumpf wird unterschieden. Die Schmerzempfindung scheint auf dem Rücken der Fusssohle leicht gesteigert zu sein. Am rechten Unterschenkel ist anscheinend das Kältegefühl ein wenig gesteigert. Das Gefühl für die Lage im Raum, sowie für passive Bewegungen ist gut erhalten.

3. Coordination. In den oberen Extremitäten ist die Coordination kaum nennenswert gestört. Selbst die compliciertesten Bewegungen werden gut nachgemacht. Die Ataxie der unteren Extremitäten dagegen ist, soweit sie sich bei der hochgradigen Parese nachweisen lässt, eine sehr beträgliche. Der Gang erfolgt ausserordentlich unsicher unter starkem Schwanken. Der Unterschenkel des pendelnden Beines wird nach vorn geschleudert, der Fuss stampft unsicher mit der Ferse zuerst auf den Boden. Die Schritte sind ungleich und erfolgen stossweise. Das Stehen wird dem Patienten sehr schwer, er schwankt unsicher hin und her. Schon bei offenen Augen ist das Romberg'sche Phaenomen sehr deutlich.

4. Reflexe. Die Patellarreflexe sind selbst bei Anwendung des Jendrassikschen Kunstgriffes nicht auslösbar, ebenso fehlen die übrigen Sehnen- und Periostreflexe an den unteren wie den oberen Extremitäten. Stich-, Strich- und Kitzelreflexe der Fusssohle sind deutlich auszulösen, doch erscheint der Reflexablauf etwas verlangsamt. Der Cremasterreflex ist aufgehoben,

die Bauchdecken-Reflexe dagegen sind etwas verstärkt. Die Lid- und Conjunctivalreflexe sind erhalten, beim linken Auge erfolgen sie sehr prompt, beim rechten etwas träge. Beide Pupillen reagieren auf Lichteinfall, die rechte jedoch weniger deutlich als die linke.

5. Vasomotorische und trophische Verhältnisse. Die Haut ist trocken, nirgends schilfernd, die Fingernägel und Finger sind etwas cyanotisch, die Nägel der Zehen etwas verdickt und rissig. Die Haut der Zehen und Fusssohlen ist etwas verdickt, in den Furchen weiss bis perlmutterglänzend.

Fall II. J. S., 38 Jahre alt, Monteur.

Anamnese am 2. VIII. 84. Seit Februar 1883 leidet Patient an einer immer mehr zunehmenden Ermüdung beim Gehen und Stehen und war verschiedentlich infolge dessen gezwungen, seine Arbeit auszusetzen. Seit 6—8 Jahren hat er über Anfälle von stechenden Schmerzen, die an bestimmten aber verschiedenen Stellen auftreten und durch die untere Extremität blitzartig hindurchschiessen, zu klagen. Der Patient hält sie für rheumatisch und bringt sie in Zusammenhang mit dem Witterungswechsel. Ausserdem besteht noch ein taubes Gefühl in den Fusssohlen, welches es dem Kranken unmöglich macht, Unterschiede des Fussbodens zu erkennen. Seit einigen Monaten ist sein Gang sehr unsicher geworden, besonders bei Dunkelheit. In letzter Zeit hat er in den Fingern und Zehen zeitweise ein Gefühl von Ameisenlaufen, seit 6 Wochen hat sich vollständige Gebrauchsunfähigkeit der Hände eingestellt. Oft gleiten dem Kranken Gegenstände, die er ergreifen will, wieder aus den Händen. Seit einem Jahre hat er in den Fingern Zuckungen auftreten

sehen, die auch zur Zeit noch fortbestehen. Ebensolange bemerkt er eine Abnahme der Sehkraft und ein Herabsinken der oberen Augenlider. In den letzten Wochen ist der Urin bisweilen unwillkürlich abgegangen und seit 1½ Jahren hat die Potenz erheblich abgenommen. Vor 4 Tagen bekam der Patient angeblich einen Stickanfall, bei dem er vom Stuhl gefallen sein, cyanotisch gewesen und für einige Minuten das Bewusstsein verloren haben soll. Die Intelligenz und das Gedächtnis scheinen nicht abgenommen zu haben. Infection wird negiert.

Status. Sehr kräftiger, gut genährter, muskulöser Körper. Die oberen Augenlider sind herabgesunken, die Pupillen stark verengt. Die Corneae stehen nicht in einer Horizontalen. Der rechte Bulbus ist offenbar weniger beweglich als der linke. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, die Gaumenmuskulatur ist normal. Herz und Lungen ohne Befund.

Motilität. Der Gang ist sehr unsicher und etwas spastisch. Der Oberkörper schwankt beim Gehen hin und her. Die Muskulatur der unteren Extremität ist ziemlich straff angespannt, die Unterschenkelmuskulatur ist in beständiger Thätigkeit, an den Füssen bemerkt man fortwährendes Sehnenspiel. Die grobe Kraft in beiden Extremitäten gut erhalten.

Führen des Fingers an die Nasenspitze bei geschlossenen Augen wird vollkommen sicher ausgeführt. Beim Aufsetzen der Ferse auf die grosse Zehe des anderen Fusses zeigt sich nur eine Spur von Unsicherheit.

Sensibilität. Berührungen werden an der Fusssohle constant gefühlt, jedoch scheint die rechte untere

Extremität weniger empfindlich zu sein als die linke. Von der 3. Rippe an abwärts bis zur Horizontalen in der Nabellinie werden leise Berührungen beiderseits nicht wahrgenommen. Auch am Rücken lässt sich eine anaesthetische Zone nachweisen, die sich vom 8. bis zum 11. Brustwirbel erstreckt. Die Schmerzempfindung ist im allgemeinen herabgesetzt; die Schmerzleitung sehr verlangsamt, an den Füssen um 2—3 Sekunden.

Reflexe. Patellar-, Plantar- und Cremasterreflexe sind vollständig erloschen, der Abdominalreflex dagegen ist erhalten. Die stark verengten Pupillen reagieren auf Lichteinfall nicht im geringsten.

Fall III. J. G., 51 Jahre, Packträger.

Anamnese am 31. V. 81. Schon vor mehreren Jahren bemerkte der Patient, dass, begleitet von einem an Intensität immer mehr zunehmenden pelzigen Gefühl in den Füssen, besonders nach längerem Sitzen in den Beinen stechende Schmerzen auftraten, die bis zu den Hüften hin ausstrahlten. Dieselben wiederholten sich innerhalb der letzten 4 Wochen fast täglich. Vor 2 Jahren soll auch in der rechten Hand taubes Gefühl bestanden haben, das jedoch nach kurzer Zeit wieder verging. Seit $1^1/_2$ Jahren hat sich eine grosse Unsicherheit beim Gehen eingestellt, die besonders im Dunkeln sehr hervortritt. Vor 8 Wochen hat der Patient einen mehrstündigen Anfall von Schwindel gehabt. Seit längerer Zeit muss er sich beim Urinieren besonders anstrengen. Seit 6 Jahren leidet er an beständigen Zuckungen im Gebiet des linken Facialis, die einmal auf eine 6wöchentliche Behandlung mit dem galvanischen Strome hin fast völlig vergangen sein

sollen, dann aber allmählich sich wieder verschlimmerten. In seiner Jugend will der Patient 2mal die Lungenentzündung gehabt und einmal sich gonorrhoisch inficiert haben. Die Potenz hat in letzter Zeit sehr abgenommen.

Status. Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Die Muskulatur ist namentlich an den unteren Extremitäten etwas schlaff. Der Panniculus adiposus ist ziemlich stark entwickelt. Im ganzen Gebiet des linken Facialis sieht man beständige tonische Zuckungen.

Motilität. Alle Bewegungen der unteren Extremitäten sind in hohem Grade ataktisch. Der Gang ist äusserst unsicher und die Unsicherheit nimmt noch zu, wenn der Patient nicht mit den Augen controlieren kann. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt hochgradiges Schwanken ein. Die grobe Kraft der Beinmuskeln ist ziemlich gut erhalten. An den oberen Extremitäten bestehen keine Motilitätsstörungen.

Sensibilität. Leise Berührungen werden im Gebiete der Füsse und Unterschenkel deutlich wahrgenommen, genau lokalisiert und prompt signalisiert. Spitz und Stumpf kann hier jedoch nicht unterschieden werden. Es besteht eine ziemlich beträgliche Analgesie, denn stärkere Nadelstiche werden nicht als Schmerz empfunden. Am Fussrücken erfolgen auf dieselben inconstante Reflexbewegungen. Die gleichen Erscheinungen lassen sich auch am Oberschenkel nachweisen. Nadelstiche werden nur an der Innenfläche schmerzhaft empfunden und mit Zuckungen beantwortet.

Reflexe. Patellar-, Plantar- und Achillessehnenreflexe sind völlig erloschen. Der Cremasterreflex ist

träge, besonders links. Durch Druck auf die untere Gegend der Adduktoren wird ein sehr lebhafter Reflex hervorgerufen. Die rechte Pupille ist weiter als die linke.

Nach Verlauf von 2 Monaten hatte sich das Krankheitsbild in folgender Weise verändert:

Die Motilitätsstörungen hatten immer mehr und mehr zugenommen. Der Patient ist infolge hochgradiger Parese nicht mehr im Stande die Beine von der Bettunterlage zu erheben. Bei hängendem Unterschenkel entstehen im Quadriceps rechts klonische Zuckungen. Bei Nadelstichen in die Fusssohle erfolgt ziemlich prompt eine anziehende Bewegung des Beines, aber erst 2—3 Secunden später die eigentliche Schmerzäusserung. Unter Seufzen wird das betreffende Bein zu wiederholten Malen angezogen und geschüttelt. Auf Brust und Rücken und in beiden Händen hat sich ein pelziges Gefühl eingestellt.

Fall IV. M. W., 40 Jahre alt, Magd.

Anamnese am 20. IX. 79. Die Patientin bemerkte vor 8 Jahren eine zunehmende Schwäche in den unteren Extremitäten; sie konnte zuerst den rechten Fuss nicht mehr bewegen und nach Verlauf von ein paar Jahren wurde auch der linke ergriffen. Seit 5 Jahren ist sie nur mehr mit Hilfe von Krücken im Stande sich fortzubewegen. Ebensolange besteht angeblich ein Gefühl von Pelzigsein in den Händen und Tremor. Augenblicklich treten bisweilen brennende Schmerzen in den Beinen auf, die früher nie vorhanden gewesen sein sollen; ausserdem hat sich seit kurzem Harndrang eingestellt und häufiges Verschlucken. Beim Lesen sollen stets nach kurzer Zeit die Buchstaben vor

den Augen verschwimmen. Das Gedächtnis hat in letzter Zeit sehr abgenommen, ebenso die sonstigen Geisteskräfte.

Status. Die Bewegungen der Füsse sind im Bett ungehindert. Beim Gehen schleudert die Patientin die Füsse vor und tritt dann zuerst mit der Fussspitze auf, doch ohne spastische Erscheinungen. Während des Vorschleuderns zeigt sich ein leichter Tremor des Fusses. Die Leistungsfähigkeit der Muskeln ist herabgesetzt das Romberg'sche Phaenomen sehr deutlich.

Die Sensibilität ist infolge der geringen Intelligenz der Patientin sehr erschwert. Am Fuss scheinen bedeutendere Störungen vorhanden zu sein. Die Prüfung des Temperatursinnes ergiebt, dass Extreme zwar ziemlich prompt unterschieden werden, dass dagegen die Erkennung weniger intensiver Unterschiede ziemlich mangelhaft ist. Bei der elektrischen Untersuchung scheint die Schmerzleitung etwas abgeschwächt zu sein.

Die Hautreflexe sind auf ein Minimum reduciert, die Sehnenreflexe dagegen an den unteren Extremitäten deutlich erhöht. An beiden Füssen entsteht durch Klopfen auf die Achillessehne ein Klonus, der durch starke Beugung der zugehörigen grossen Zehe gehemmt werden kann. Links ist der Patellarsehnenreflex verstärkt, rechts dagegen fast aufgehoben. An der oberen Extremität ist keine Vermehrung der Reflexerregbarkeit zu constatieren.

Bei der Patientin kommt es von Zeit zu Zeit zu einem Ausbruch völlig unmotivierter Heiterkeit. Sie hat eine singende, leicht scandierende Sprache. Hie und da kommt es zu einer jauchzenden Inspiration.

Fall V. N. K., Kaufmann.

Anamnese 2. VI. 94. Vor 10 Jahren verspürte der Patient in seinen Fusssohlen ein Gefühl von Ameisenlaufen, das von Jahr zu Jahr höher stieg und jetzt den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes einnimmt. Täglich treten öfters, besonders bei Witterungswechsel, heftige, blitzartige, brennende Schmerzen in beiden Beinen und im linken Arm auf, die bei starkem Druck auf die oberhalb des Schmerzpunktes befindliche Stelle angeblich verschwinden. Das Gefühl in beiden Beinen ist vollständig erloschen. Der Patient kann nur noch mühsam mit Hilfe von 2 Stöcken sich fortbewegen. Häufig sollen Krämpfe in beiden Beinen auftreten. Harn und Stuhl können nur schwach gehalten werden, auch sollen beide während des letzten Jahres schon unwillkürlich abgegangen sein. Im Alter von 18 Jahren hatte der Patient einen Bubo in der rechten Leistengegend.

Status. Der Patient ist von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand. Beiderseits besteht ziemlich beträglicher Erophthalmus. Der Bulbus kann nicht vollständig von den Lidern bedeckt werden, besonders rechts bleibt ein Spalt. Die Pupillen sind enorm verengt, kaum Stecknadelkopf gross. Am Halse befindet sich eine grosse Struma von weicher Beschaffenheit. Die Lungen sind ohne Befund; das Herz ist von normaler Grösse, der Spitzenstoss ist nicht fühlbar, die Töne sind rein. Die Herzaktion ist rhytmisch.

Die aktive Beweglichkeit ist in allen Gelenken und Muskelgruppen erhalten. An der oberen Extremität ist geringe, an der unteren erhebliche Ataxie nachzuweisen, welche beiderseits beim Beschreiben eines Kreises,

beim Zehen-, Hacken- und Knieversuch sehr deutlich zu Tage tritt. Motorische Reizerscheinungen fehlen. Die passive Beweglichkeit ist in allen Gelenken normal, ebenso das elektrische Verhalten der Nerven und Muskeln. Der Gang des Patienten ist stark stampfend, langsam und unsicher; das Stehen mit geschlossenen Augen ist absolut unmöglich.

Leise Berührungen mit dem Haarpinsel werden in den oberen Extremitäten kaum, in den unteren überhaupt nicht gefühlt. Spitz und Stumpf wird am Rumpf und Oberschenkel gut unterschieden, an dem Unterschenkel dagegen wird wohl die Nadelspitze erkannt, der Nadelknopf aber nicht gefühlt. Schmerzempfindung ist überall erhalten, doch wird dieselbe erst verspätet angegeben. Der Drucksinn ist an der unteren Extremität leicht gestört. Bei Prüfung des Temperatursinnes findet man, dass derselbe am Oberschenkel und Rumpf normal ist; an der oberen Extremität dagegen wird warm und kalt als solches wohl unterschieden, doch werden kleine Temperaturdifferenzen hier nicht mehr wahrgenommen. Die Localisation der Empfindung ist an den unteren Extremitäten etwas gestört. Die Schmerzleitung ist nicht nur verlangsamt, sondern auch mit heftigen Nachempfindungen verbunden. Das Gefühl für passive Bewegungen ist an der oberen Extremität erhalten, an der unteren dagegen erloschen. Das Gefühl für die Lage im Raum ist geschwunden.

Die sämtlichen Periost- und Sehnenreflexe an den unteren wie den oberen Extremitäten sind nicht auszulösen. Der Cremaster- und die Bauchreflexe sind schwach vorhanden. Die Pupillen reagieren auf

Lichteinfall nicht, bei der Accomodation dagegen ist geringe Reaction erkennbar.

In dem an erster Stelle angeführten Falle handelt es sich unzweifelhaft um einen jener seltenen atypischen Fälle, bei denen die Paraplegie gerade dasjenige Symptom ist, welches den Kranken zuerst auf sein Leiden überhaupt aufmerksam macht und ihn zum Arzt führt. Er beweist uns, dass entgegen der im allgemeinen üblichen Annahme auch vor dem sog. dritten Stadium der Tabes gelegentlich Lähmungen vorkommen. Charakteristisch für die letzteren ist es, wie auch im vorliegenden Falle zu beobachten Gelegenheit war, dass die vor dem Eintritt der Lähmung fehlenden Sehnenreflexe, auch später nicht nachweisbar sind, da das spastische Element, welches im Gefolge der Hemi- oder Paraplegien sich sonst einzustellen pflegt, dem in der Tabes vorwaltenden atonischen nicht das Gleichgewicht zu halten vermag. (Cf. Pierre Marie: „Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarks" Seite 180). Ausserdem pflegt im allgemeinen ihre Intensität eine mässige zu sein und am Ende einer kürzeren oder längeren Zeit verschwinden die Lähmungserscheinungen in der Regel nahezu vollständig wieder. Dass letzteres auch hier der Fall war, beweist wohl am besten die Thatsache, dass der Kranke im Stande war, nach dem ersten Auftreten der Paraplegie im Jahre 1892 noch 5 Jahre hindurch die schwersten körperlichen Arbeiten zu verrichten und dass er Mitte Februar 1898 nach sechswöchentlichem Krankenlager den Weg nach Hause ohne Unterstützung zurücklegen konnte.

Pierre Marie erwähnt in seinem bereits oben erwähnten Buche zwei ganz analoge Fälle. In dem ersteren von Albert Robin beobachteten lautete die Anamnese folgendermassen: „Ein gesunder und kräftiger Mann will über einen Graben springen und fällt gerade mitten in demselben nieder. Anfangs schreibt er diesen Unfall einer Ungeschicklichkeit oder einem fehlerhaften Ansatze zu, doch bald fühlt er Mattigkeit und Starre in den Beinen; er fängt zu zittern an, kann nicht weiter marschieren und hat die Empfindung, als ob der Boden unter seinen Füssen einsinken würde. Er kommt an einen zweiten Graben, anstatt denselben gewohnheitsmässig zu überspringen, ist er genöthigt, Schritt für Schritt denselben hinab und hinan zu steigen. Von Moment zu Moment wächst die Schwierigkeit den Weg fortzusetzen. Mehr sich schleppend als gehend, gelangt der Mann mit grosser Anstrengung nach Hause. Er legt sich nieder, und den nächsten Morgen ist er nahezu vollständig paraplegisch". — In dem zweiten Falle handelt es sich um einen Südamerikaner, der beim Begehen seiner Felder einen Graben überspringen wollte, doch, da die Beine ihm plötzlich ihren Dienst versagten, niederfiel und paraplegisch wurde. Die Paraplegie hielt mehrere Monate an. Er kam hierauf nach Europa und dort konnten alle Symptome einer manifesten Tabes nachgewiesen werden".

Abgesehen von der Paraplegie treten in unserem Falle hauptsächlich die Erscheinungen der Coordinationsstörung, der Ataxie, in den Vordergrund. Dieselben beherrschen das ganze Krankheitsbild der Art, dass hier die von Duchenne de Boulogne her-

rührende Bezeichnung „Ataxie locomotrice progressive', voll und ganz am Platze ist*).

Was nun die Erklärung dieser Paraplegien anbelangt, so fehlen bisher vollständig die anatomischen Grundlagen, und man kann somit nur Vermuthungen aufstellen. Vielleicht handelt es sich um eine die Degeneration der Hinterstränge begleitende Herdlaesion der grauen Rückenmarkssubstanz. (Cf. Pierre Marie l. c. Seite 181 und Erb l. c. Seite 196.)

Von den sonstigen Symptomen der Tabes sind im vorliegenden Fall noch vorhanden und sichern die Diagnose: die zeitweise auftretenden lancinierenden Schmerzen, die an den unteren Extremitäten vollständig fehlenden Sehnenreflexe, die gastrischen Krisen — die oben erwähnten Magenerscheinungen dürfen wir wohl als solche auffassen — das typische Gürtelgefühl und die allerdings nur höchst geringfügigen Sensibilitätsstörungen. Auffallend und atypisch ist es, dass wir an den Pupillen, die sonst der Sitz mannigfacher Störungen zu sein pflegen, keinerlei Veränderungen wahrnehmen, die wir mit einigem Recht auf die Tabes beziehen dürften. Es ist weder Myosis noch Mydriasis nachweisbar, beide Pupillen sind gleich gross und reagieren auf Lichtreiz, die rechte, ein wenig verzogene, allerdings etwas weniger prompt als die linke, doch

*) Duchenne wollte diese Bezeichnung für alle Tabesfälle einführen; doch mit Unrecht, denn dieselbe ist von einem einzelnen, gelegentlich auch bei anderen Krankheiten vorkommenden Symptom hergeleitet, welches nicht selten erst nach jahrelangem Bestehen der Krankheit erscheint und keineswegs ein unbedingt notwendiges ist; sind doch zahlreiche Fälle von ausgesprochener Tabes beobachtet, bei denen die Ataxie vollständig fehlte. (Cf. v. Ziemssens Handbuch 11 II S. 126.)

ist dies wohl weniger der Tabes zur Last zu legen als vielmehr der vom Patienten durchgemachten Augenerkrankung.

Während in dem eben besprochenen ersten Falle die Paraplegie das typische war, ist es im zweiten eine spastische Paraparese, welches dem sonst ausgesprochenen Krankheitsbild der Tabes — wir finden lancinierende Schmerzen, fehlende Patellarreflexe, reflektorische Pupillenstarre, geringe Ataxie, lebhaftes Ermüdungsgefühl, ausgesprochene Anaesthesien und Paraesthesien, Ptosis, Incontinenz des Urins, Potenzabnahme — den Stempel des Atypischen aufdrückt. Erscheinungen, wie sie in der Krankengeschichte geschildert werden: „Der Gang ist etwas spastisch, der Oberkörper schwankt beim Gehen hin und her, die Muskulatur der unteren Extremität ist ziemlich straff gespannt, die Unterschenkelmuskulatur ist in beständiger Thätigkeit, an den Füssen bemerkt man fortwährendes Sehnenspiel" können unmöglich als tabische Symptome aufgefasst werden, denn Muskelspannungen fehlen in allen echten typischen Fällen durchaus, die Glieder sind schlaff, leicht beweglich und setzen passiven Bewegungen nicht den mindesten Widerstand entgegen. (Cf. Erb l. c. Seite 176.)

Ganz ähnliche Erscheinungen wie hier haben wir im dritten Falle, wo die Reinheit des vorliegende Bildes der Tabes im Uebergang vom ataktischen Stadium zum Stadium der Lähmungen dadurch getrübt wird, dass plötzlich klonische Zuckungen im Quadriceps der rechten Seite auftreten. In beiden Fällen erklären sich diese Symptome wohl durch die Annahme, dass der Degenerationsprocess im Rückenmarke von den

Hintersträngen auch auf die Seitenstränge übergegriffen hat.

In den beiden folgenden Fällen liegen keine einheitlichen Krankheitsbilder vor. Der uns im vorliegenden Falle entgegentretende Symptomencomplex findet nur dann eine Erklärung, wenn wir eine Combination der Tabes mit multipler Sklerose annehmen, wie derartige Fälle nicht gerade selten beobachtet worden sind. Von Leyden wurde z. B. ein Fall veröffentlicht, wo pathologisch-anatomisch neben der strangförmigen Hinterstrangsklerose ein sklerotischer Herd im Gehirn nachgewiesen wurde, und Westphal hat gleichfalls im Archiv für Psychiatrie IX über strangförmige Degeneration in den Hintersträngen mit gleichzeitiger fleckweiser Sklerose des Rückenmarks berichtet. Die zeitweise auftretenden lancinierenden Schmerzen, die ziemlich hochgradige Ataxie, die bedeutenden Sensibilitätsstörungen und die Incontinenz des Urins lassen wohl keinen Zweifel darüber aufkommen, dass wir es hier mit einem Fall von Tabes dorsalis zu thun haben. Nicht in dieses Bild passt der Umstand, dass die Patellarsehnenreflexe keineswegs erloschen, rechts vielmehr deutlich verstärkt sind, denn in allen typischen und wohlentwickelten Fällen von Tabes pflegen die Sehnenreflexe, besonders aber die Patellarsehnenreflexe, vollkommen zu fehlen, und zwar schon im ersten Stadium der Krankheit. Dieses Fehlen eines der Hauptsymptome der Hinterstrangsklerose würde uns jedoch noch nicht zu dem Schluss berechtigen, dass hier noch eine andere Affektion des Nervensystemes vorliegen muss, denn es sind schon verschiedentlich typische Tabesfälle beobachtet, bei denen die Patellarsehnenreflexe erhalten

waren. Es handelte sich bei diesen meist um sog. Tabes superior, eine besondere Form der Tabes, bei welcher namentlich das Halsmark afficiert ist. Die leicht scandierende Sprache jedoch, das allerdings nur geringfügige Intentionszittern, der mässige Schwachsinn — bei den typischen Fällen von Tabes pflegen Intelligenz, Gedächtnis und Gemüt vollkommen intakt zu sein (cf. Erb l. c. Seite 184) — und die an den Beinen sich zeigenden spastischen Erscheinungen — lauter Symptome der multiplen Sklerose — sichern wohl zur Genüge die Diagnose: Tabes dorsalis combiniert mit herdförmiger Sklerose *).

In dem letzten Falle endlich handelt es sich um eine Complication einer wohlausgebildeten Tabes im Uebergang vom ataktischen Stadium zum paralytischen mit einem unvollständigen Basedow. Wir finden lancinierende Schmerzen, fehlende Periost- und Sehnenreflexe, reflektorische Pupillenstarre mit hochgradiger Myosis, Ptosis, statische und locomotorische Ataxie, sehr ausgesprochene Anaesthesien und Paraesthesien, Incontinenz des Urins und Stuhles — lauter Symptome der Tabes dorsalis, und daneben zwei der wichtigsten Merkmale der Basedowschen Krankheit, beträglichen Erophthalmus und eine bedeutende Struma.

Dass die Basedowsche Krankheit bisweilen mit Tabes zugleich vorkommt, wurde, nachdem Barié und Joffroy in einer Sitzung der „Société des hospitaux“ im Jahre 1888 gleichzeitig darauf aufmerksam gemacht hatten, verschiedentlich beobachtet. „Bezüglich der

*) Allerdings ist immerhin zu bedenken, dass multiple Sklerose bei Sitz in den Hintersträngen Tabes dorsalis vortäuschen kann.

Auffassung dieses sonderbaren Zusammentreffens gehen die Meinungen wesentlich auseinander. Nach Barié liegt einfach eine Tabes vor, in deren Verlauf im Bulbus Laesionen auftreten, die secundär die Basedowsche Krankheit nach sich ziehen. Joffroy dagegen meint, dass einfach zwei ganz verschiedene Nervenkrankheiten bei ein und demselben Individuum zu gleicherzeit vorkommen, ohne dass die eine zur anderen in einem ursächlichen Zusammenhang stünde". (Cf. Pierre Marie l. c. Seite 300.)

Fassen wir nun zum Schluss in wenigen Worten zusammen, worin das Atypische der oben geschilderten und besprochenen Fälle besteht, so ergiebt sich: Den ersten Fall macht zu einem atypischen das Auftreten eines einzelnen, das ganze Krankheitsbild beherrschenden selteneren Symptomes der Tabes, im zweiten und dritten finden wir in den spastischen Erscheinungen, welche uns zu der Annahme veranlassen, dass der Degenerationsprocess von den Hintersträngen auch auf die Seitenstränge übergegriffen hat, das Unregelmässige, der vierte Fall wird durch multiple Sklerose complicierte und im fünften endlich sind wir berechtigt, eine Complication mit einem incompleten Basedow anzunehmen.

Eine angenehme Pflicht ist es mir, Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Ziemssen für die liebenswürdige Anregung zu vorliegender Arbeit, sowie für die gütige Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.